

DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

714/744 P STREET
SACRAMENTO, CA 95814

May 4, 1989

Letter No.: 89-33

TO: All County Welfare Directors
All County Administrative Officers

SUBJECT: SPANISH VERSION OF THE MC 13 (STATEMENT OF CITIZENSHIP, ALIENAGE
AND IMMIGRATION STATUS)

Reference: All County Welfare Directors Letters 88-66 and 88-87

Enclosed with this letter is a camera-ready copy of the Spanish translation of the MC 13. We now have a supply available in our Forms Warehouse.

Please note that the county-use-only box no longer requires both the printed name and signature of the eligibility worker (or technician). The worker's number will suffice. This simplification is based on the assumption that counties do not allow workers to share identification numbers. The possible need to have individual workers testify or make depositions in state hearing appeals or lawsuits makes it imperative that each worker be identified by a distinctive worker number.

If you need further information about the form itself, call Tom Dickson at (916) 324-4961 (ATSS 454-4961). Questions about its availability should be directed to Craig Yagi at 322-8702 (ATSS 492-8702).

Sincerely,

Original signed by

Sandra Duveneck, for
Frank Martucci, Chief
Medi-Cal Eligibility Branch

Enclosure

cc: Medi-Cal Liaisons
Medi-Cal Program Consultants

Expiration Date: July 3, 1989

DECLARACION DEL SOLICITANTE SOBRE SU ESTADO DE CIUDADANIA, EXTRANJERIA E INMIGRACION

Arriba el Nombre del Solicitante (en Letra de Imprenta):	Fecha:
Escriba el Nombre de la Persona que representa al Solicitante (en Letra de Imprenta):	Su Relación con el Solicitante:

Sección A: Beneficios de Medi-Cal a los Ciudadanos y Extranjeros.

Los ciudadanos de los EEUU pueden recibir todos los beneficios de Medi-Cal si satisfacen todos los requisitos del programa.

Dependiendo de su condición migratoria, los extranjeros pueden calificar para recibir todos los beneficios del programa o los beneficios restringidos de emergencia y embarazo.

La ley federal y estatal requiere que para recibir todos los beneficios los extranjeros tienen que pertenecer a una de las siguientes categorías: residentes legales permanentes; extranjeros residentes en forma condicional; extranjeros residiendo en los EEUU permanentemente bajo el amparo de la ley (PRUCOL); extranjeros de edad avanzada (65 años o más), jóvenes menores de 18 años, ciegos o incapacitados a quienes se les ha otorgado amnistía.

Los siguientes extranjeros pueden recibir sólo beneficios *restringidos* (servicios de emergencia y embarazo): extranjeros sin documentos; extranjeros a quienes se les ha otorgado amnistía que *no* son de edad avanzada, ciegos, incapacitados, o jóvenes menores de 18 años; no inmigrantes con visas que no han expirado (estudiantes, visitantes, etc.) o con libertad condicional que no ha expirado.

Sección B: Alcance de los Beneficios Solicitados

El solicitante pide:

Todos los beneficios de Medi-Cal
 Los beneficios restringidos de Medi-Cal (sólo los servicios emergencia y embarazo).

Otro (explique): _____

SI EL SOLICITANTE MENCIONADO ARRIBA PIDE SOLAMENTE LOS BENEFICIOS RESTRINGIDOS, OMITA LAS SECCIONES C, D, Y E

Sección C: Ciudadanía y Condición de Extranjería

1. Yo, _____, declaro que el solicitante arriba mencionado es:

Un ciudadano o nacional de los Estados Unidos*
 Un extranjero.

Si el solicitante es un ciudadano, ¿dónde él/ella nació? _____

*Nacionales son las personas quienes, aunque no sean ciudadanos, deben lealtad permanente a los Estados Unidos. Los residentes permanentes de Samoa Americana y la Isla de Swain son nacionales de los Estados Unidos.

SI UD. ES UN CIUDADANO O NACIONAL DE LOS ESTADOS UNIDOS, PASE DIRECTAMENTE A LA SECCION E.

2. El solicitante ¿es un residente legal permanente? Sí No

3. El solicitante ¿es un extranjero con residencia condicional? Sí No

4. ¿Se le ha concedido amnistía al solicitante? Sí No

5. Si recibió amnistía, ¿bajo qué Sección (210, 210A, o 245A) de la Ley de Inmigración y Nacionalidad (Immigration and Nationality Act (INA))?

(El número está al frente de la I-688 Tarjeta de Residencia Temporal.)

El solicitante es ahora un residente legal temporal cuya tarjeta fue expedida en esta fecha: _____

El solicitante es ahora un residente legal permanente.

6. Si el solicitante es un extranjero con amnistía y *no* es de edad avanzada, ciego, incapacitado, o menor de 18 años de edad, ¿tiene otro estado migratorio con el cual tendría derecho a todos los beneficios? (¿Es el solicitante, por ejemplo, un residente legal permanente, un extranjero con residencia condicional, o extranjero PRUCOL bajo una de las categorías indicadas en la pregunta 7?) Sí No

Si lo es, ¿qué otro estado migratorio tiene? _____

7. Si el solicitante reúne todos los requisitos para recibir todos los beneficios de Medi-Cal en calidad de extranjero *PRUCOL*, indique la categoría de su estado que le da derecho a esa clasificación:

- Admitido en los Estados Unidos con entrada condicional antes del 1° de abril de 1980
- Extranjero con libertad condicional en los Estados Unidos, incluyendo cubanos/haitianos entrantes
- Extranjero sujeto a una Orden de Supervisión
- Extranjero a quien se le ha otorgado diferimiento indefinido de deportación
- Extranjero a quien se le ha otorgado salida indefinida voluntaria
- Extranjero en cuyo nombre se ha aprobado una petición de un familiar inmediato (INS Formulario I-130) que tiene derecho a una salida voluntaria
- Extranjero quien ha presentado correctamente una solicitud para obtener residencia legal permanente
- Extranjero a quien se le ha otorgado un diferimiento de deportación por un período específico
- Extranjero a quien se le ha otorgado asilo
- Refugiado admitido a los EEUU desde el 1° de abril de 1980
- Extranjero a quien se le ha otorgado salida voluntaria y que está esperando la expedición de una visa
- Extranjero en estado de acción diferida
- Extranjero que entró a los EEUU desde antes del 1° de enero de 1972, que ha continuado residiendo en este país desde esa fecha, y que calificaría para obtener el estado de residente legal permanente mediante la Sección 249 de INA (elegible como extranjero empadronado)
- Extranjero a quien se le ha otorgado suspensión de deportación y a quien INS no tiene intención de sacar del país
- Extranjero a quien se le ha otorgado deportación retenida de acuerdo a INA Sección 243 (h)
- Extranjero, en ninguna de las categorías arriba mencionadas, quien puede demostrar que: (1) el INS sabe que está en los Estados Unidos; y (2) el INS no intenta deportarlo(a), ya sea debido a la clase de persona que es o a circunstancias individuales.

Sección D: Verificación del Estado Migratorio

Todos los extranjeros solicitantes que piden todos los beneficios del programa deben someterse a que el Servicio de Inmigración y Naturalización (Immigration and Naturalization Service (INS)) verifique su condición migratoria. Para ayudarnos con este trámite por favor proporcione la siguiente información:

1. Número del Seguro Social: _____
2. Número de su Registro de Extranjero y/o número de Admisión del Extranjero (INS Formulario I-94): _____
3. Fecha en que el solicitante entró por primera vez a los EEUU: _____
4. Nombre del solicitante cuando entró por primera vez a los EEUU: _____
5. ¿De qué país es ciudadano el solicitante? _____
6. ¿Dónde nació el solicitante? _____

Además, todos los extranjeros deben presentar su inscripción de extranjería u otro documento expedido por el INS que indique un estado correcto de inmigración para fines de Medi-Cal. Si no tiene estos documentos con Ud, o si ellos son ilegibles tráiganos los recibos expedidos por el INS que demuestren que Ud. ha solicitado copias. Usted tendrá 30 días para hacerlo o hasta que se decida su solicitud, lo que tome más tiempo. Si ninguno de los documentos de inscripción de extranjería tiene la fotografía del solicitante, Ud. debe mostrarnos un documento de identificación que demuestre que el solicitante es la persona mencionada en los documentos de inmigración.

Sección E

DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO DE ACUERDO A LAS LEYES DEL ESTADO DE CALIFORNIA QUE LAS RESPUESTAS QUE HE DADO SON CORRECTAS Y VERDADERAS SEGUN MI MEJOR ENTENDIMIENTO.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Representante del Solicitante (Firma): _____ Fecha: _____

FOR COUNTY USE ONLY

Eligibility Worker Number: _____ Date: _____ County: _____

Action taken:

None necessary. _____ Date: _____

SAVE primary verification performed. _____ Date: _____

Document Verification Request (INS Form G-845) and copies of INS-issued documentation of satisfactory immigration status sent to INS. _____ Date: _____

List INS documents, including INS form numbers (if any), copied and placed in the case file: _____

Person referred to INS to obtain replacements of documents. _____ Date: _____